

QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA  
PRE - TEST A

QUESTI MODULI DEVONO ESSERE CONSEGNATI AGLI ISTRUTTORI PRIMA DI USCIRE DALL'AULA

**PRE - TEST A**

- Per favore non scrivere su questi fogli.
- Utilizzare la griglia per le risposte allegata, seguendo le istruzioni riportate sulla griglia stessa.

**A1 In un paziente con trauma cranico:**

- a. Al passo A se incosciente procedo con il GCS
- b. Al passo C posso evitare accesso venoso
- c. Se rilevo un GCS di 12 procedo all'intubazione
- d. Se vi sono più feriti posso utilizzare AVPU

**A2 I criteri di centralizzazione per anamnesi dei pazienti traumatizzati possono essere:**

- a. Assunzione di anti coagulanti orali
- b. Assunzione di anticoncezionali orali
- c. Interventi chirurgici nell'ultimo mese
- d. Paziente cardipatico / epatopatico

**A3 I criteri di centralizzazione per dinamica dei pazienti traumatizzati possono essere:**

- a. Caduta da 2 metri
- b. Deceduto sullo stesso vicolo
- c. Paziente eiettato
- d. Ferita penetrante al braccio

**A4 Il pneumotorace iperteso:**

- a. Deve essere sospettato in presenza di dispnea con vie aeree pervie e ipossia severa
- b. Si manifesta sempre con enfisema sottocutaneo
- c. E' sempre accompagnato da turgore delle giugulari
- d. Deve essere trattato sulla base di sintomi clinici

**A5 Il volet costale:**

- a. Richiede la frattura di più coste in almeno due punti
- b. Si associa frequentemente a PNX iperteso
- c. Deve essere trattato con una fasciatura dell'emitorace interessato
- d. E' un segno di trauma toracico a elevata energia

**A6 La decompressione con ago nel pneumotorace iperteso:**

- a. Si effettua nel secondo spazio intercostale
- b. Permette di stabilizzare il paziente e poter effettuare una secondary accurata
- c. Trasforma un pneumotorace iperteso in un pneumotorace aperto
- d. E' una manovra riservata ai medici specialisti in chirurgia e anestesia

**A7 25 anni, accoltellato al torace durante una rissa. Ferita penetrante emitorace destro, quinto spazio intercostale. Il paziente è cosciente, ipoventila a destra, SpO<sub>2</sub> 92%, FR 28 atti/min, PA 80/40, dalla ferita fuoriesce poco sangue:**

- Per prima cosa devo posizionare un drenaggio toracico per drenare aria e il sangue accumulato all'interno del cavo pleurico
- E' uno scoop e run, posiziono collare, ossigeno e carico velocissimo, posiziono un accesso venoso/intraosseo in viaggio
- Posiziono collare, ossigeno, una via venosa e inizio le infusioni di liquidi, poi effettuo un'Eco torace.
- Devo esplorare con il dito la ferita per verificare se arriva al cavo pleurico, solo in questo caso intubo il paziente e decomprimo con ago.

**A8 Bambino di 7 anni di 30 kg coinvolto in esplosione di bombola a domicilio. Vie aeree pervie. FR 36. Sat% non rilevabile, quale strategia infusiva:**

- Cristalloidi in intraossea su repere tibiale con spremisacca
- Cristalloidi a goccia lenta su via centrale
- Colloidi in spremisacca su via venosa periferica (22G) presa in perimalleolare
- Colloidi lentamente su via centrale

**A9 La valutazione neurologica nel corso della primary survey preospedaliera:**

- E' importante al fine di poter interpretare correttamente l'evoluzione del quadro, correlando la situazione iniziale con quella che si presenta ad una successiva valutazione
- Non è attendibile in pazienti con trauma cranico grave
- E' lo score di scelta da utilizzare in caso di triage di trattamento
- Individua sempre il paziente mielico

**A10 Bambino di 8 aa sbalzato dallo scooter del padre (indenne), cosciente ma agitato, senza evidenti lesioni esterne, respira a 30 atti/min con SaO<sub>2</sub>=95% in A.A., PAS = 100 mmHg e FC = 150 bpm:**

- Cerco di calmarlo, posiziono collare cervicale e maschera di O<sub>2</sub> (se li tollera), attendo che il padre termini i rilievi con la Polizia Stradale intervenuta, in modo che possa accompagnarlo sull'ambulanza
- Lascio che il padre intervenga per calmarlo ed effettuo il trasporto caricando anche il padre (eventualmente può prenderlo in braccio), evitando di agitare ancora di più il bambino con inutili manovre
- Posiziono collare e ossigeno, cerco di reperire un accesso venoso (eventualmente anche intraossea), inizio un'espansione volemica, immobilizzo il piccolo con PED e parto quanto prima (con o senza padre)
- Sedo il bambino con midazolam per via nasale, posiziono collare e ossigeno e attendo il padre per poterlo trasportare col figlio, riducendo al massimo lo stress

**A11 La Primary Survey nel paz. ustionato:**

- a. E' consigliabile focalizzare valutazione e trattamento sulla zona ustionata
- b. Segue le stesse modalità di qualsiasi altro traumatizzato ( ABCD )
- c. La somministrazione di ossigeno è controindicata
- d. Le ustioni profonde sono sempre più dolorose delle ustioni superficiali

**A12 In un paziente adulto con ustioni a tronco e arti di secondo terzo grado con un'estensione del 50% circa della superficie corporea:**

- a. Il primo trattamento va sempre effettuato in un centro grandi ustionati
- b. Il meccanismo che ha provocato l'ustione è poco importante
- c. La rimozione degli abiti e l'uso di acqua sulla scena, quando indicati, possono provocare ipotermia
- d. La somministrazione di ossigeno ad alti flussi non è necessaria

**A13 In un paziente con trauma midollare e ipotensione:**

- a. L'assenza di riflessi cardiovascolari compensatori può rendere difficoltoso il riconoscimento di altre cause di ipotensione
- b. Non è necessario il rimpiazzo volêmico trattandosi di ipotensione relativa
- c. Il target pressorio, se unica lesione, è 110 mmHg di sistolica
- d. In assenza di altre lesioni si ha una buona risposta al carico volêmico

**A14 Nel paziente traumatizzato e incosciente posso sospettare un trauma midollare quando rilevo:**

- a. Respiro diaframmatico
- b. Ipotensione e vasodilatazione periferica
- c. Posizione extrarotata degli arti inferiori
- d. Dermografismo cutaneo

**A15 Tutti i pazienti traumatizzati in terapia con anti-aritmici, indipendentemente dalla classe, debbono essere considerati a rischio e perciò centralizzati direttamente all'HUB trauma:**

- a. NO, certamente è un elemento di rischio da considerare per la patologia sottostante e per gli eventuali condizionamenti delle risposte di compenso, ma come unico fattore non è sufficiente
- b. SI', perché tali farmaci sono in grado di condizionare le risposte emodinamiche, mascherando eventuali iniziali scompensi
- c. SOLO se i farmaci in uso sono beta bloccanti
- d. In questi casi, la centralizzazione primaria dal territorio è auspicabile solo se gli operatori dell'Emergenza Territoriale sono in grado di gestire eventuali aritmie insorgenti durante il trasporto

**A16 La procedura in caso di emorragia del 3° medio della coscia prevede:**

- a. Il posizionamento immediato di un laccio emostatico in caucciù e in un secondo tempo una compressione manuale
- b. L'utilizzo precoce di un tourniquet pneumatico
- c. Una compressione manuale sul focolaio emorragico e successivamente la stabilizzazione con una benda elastica autoretraente se l'emorragia risulta controllata
- d. Il posizionamento precoce di un tourniquet in caso di emorragie pericolose per la vita

**A17 In caso di emorragie conseguenti a schiacciamento con interessamento di ossa e tessuti molli non comprimibili manualmente:**

- a. Il tourniquet non deve essere posizionato sino a che i valori di PAS rimangono sopra i 90 mmHg
- b. È indicato eseguire una compressione selettiva alla base dell'arteria che irrorava il distretto interessato
- c. Se viene posizionato un tourniquet lo stesso deve essere rimosso entro 45 minuti
- d. In caso di emorragie massive al fine di ottenere un completo controllo del sanguinamento può essere necessario il posizionamento di più tourniquet

**A18 A cosa serve il Quick Look?**

- a. Scandisce e razionalizza l'attività successiva nel soccorso al paziente
- b. Può sostituire la Primary in eventi di particolare gravità
- c. Stabilisce le priorità per quanto riguarda la sicurezza
- d. È utile per avere informazioni sulla dinamica dell'accaduto e per l'anamnesi del paziente.

**A19 La fase di anticipazione è utile a stabilire:**

- a. L'idoneità del mezzo di soccorso e il perfetto funzionamento di tutta la strumentazione e presidi presenti all'interno dell'ambulanza
- b. La gravità dell'evento e la necessità di centralizzazione del paziente
- c. I ruoli e la priorità di intervento in base al dispatch fornito dalla centrale operativa di 118
- d. La conoscenza del funzionamento dei dispositivi elettromedicali presenti all'interno del mezzo di soccorso

**A20 Considera le seguenti affermazioni:**

- a. Per calcolare il contenuto in litri della bombola devo moltiplicare il volume minuto da erogare al paziente per i litri contenuti nella bombola
- b. Per calcolare l'autonomia della bombola prima del trasporto di un paziente ventilato meccanicamente è necessario sottrarre 50 atm al totale delle atmosfere contenute nella bombola
- c. Per verificare il corretto funzionamento del ventilatore prima di connetterlo al paziente devo occludere il circuito controllando che il valore pressorio sul manometro salga a fondo scala
- d. La frequenza respiratoria da impostare sul ventilatore meccanico per un paziente di 55 Kg di peso è sempre 12 atti/minuto

**A21 Paziente caduto da un tetto, grave trauma craniofacciale, GCS =7:**

- L'utilizzo di un presidio extraglottico per ventilare il paziente è sempre controindicato
- Prima di procedere a intubazione orotracheale devo valutare oltre a indicazione anche opportunità e fattibilità
- E' necessario sempre procedere a RSI e miorisoluzione
- L'utilizzo di Ketamina è sempre controindicato

**A22 Paziente di 35 anni, caduto da un'impalcatura, SpO<sub>2</sub> 97%, FR 25 atti/min, PA 80/50, FC 60b/min:**

- Essendo un paziente mielico occorre somministrare un bolo di cortisone entro le prime 3 h dal trauma
- Occorre procedere a gestione avanzata delle vie aeree nel minor tempo possibile
- L'unica causa di ipotensione è lo shock neurogeno
- La causa più probabile della sua ipotensione è un PNX iperteso

**A23 Maschio 50 anni, incidente auto/auto, estricazione complessa, SpO<sub>2</sub> 93%, FR 28 b/min, PA 85/50, FC 120b/min:**

- La prima cosa da fare è decomprimere il torace
- E' necessario infondere il paziente per mantenere una PAS  $\geq 120$
- L'esecuzione di una E-FAST toraco addominale può indirizzare la diagnosi e la terapia
- Come prima cosa dato lo stato di shock si deve procedere a IOT e solo in seguito a valutazione di B-C

**A24 L'utilizzo del Tourniquet:**

- E' sempre controindicato nelle fratture esposte
- E' riservato solo ai pazienti amputati
- E' indicato nei pazienti con emorragie degli arti non altrimenti controllabili
- E' sempre controindicato in extraospedaliero nel paziente mielico

**A25 Il posizionamento di un Pelvic Binder:**

- E' sempre controindicato nel paziente con sospetta lesione vertebromidollare
- Prevede che il paziente sia sedato e intubato
- Deve avvenire solo quando ho una FAST addome positiva in almeno due quadranti
- Deve sempre avvenire nei pazienti con GCS  $\leq 13$

**A26 L'utilizzo di Acido Tranexamico:**

- Deve essere riservato ai pazienti emodinamicamente non responder dopo l'infusione di almeno 1000cc di cristalloidi
- E' indicato solo se l'eco addome è positiva nel Morrison e nel Douglas
- Deve avvenire entro tre ore dall'evento traumatico
- E' contrindicato nei pazienti cardiopatici

**A27 Un paziente con trauma toracico e lembo costale:**

- a. Deve sempre essere intubato e ventilato meccanicamente
- b. Deve sempre posizionare un drenaggio toracico in extraospedaliero
- c. L'analgesia potrebbe deprimere il respiro e quindi è controindicata
- d. E' instabile per definizione

**A28 Maschio, 40 anni, moto/auto, sbalzato, grave trauma di bacino, GCS=6, anisocoria dx>sx 2:1:**

- a. Occorre mantenere una PAS almeno di 110
- b. Può essere utile una moderata iperventilazione EtCO<sub>2</sub> 30-35
- c. L'utilizzo dell'acido Tranexamico è sempre controindicato
- d. Non si deve perdere tempo a mettere il pelvic binder è uno scoop e run

**A29 Paziente di 70 Kg, trauma cranico grave con GCS=5, intubato e ventilato meccanicamente:**

- a. Dopo l'induzione non è necessario mantenere il paziente sedato dato lo stato di coma
- b. Dato il trauma cranico grave è necessario un bolo di cortisone
- c. Occorre mantenere un EtCO<sub>2</sub> tra 35 e 40
- d. E' sempre indicata una FiO<sub>2</sub> di 1

**A30 La monitorizzazione elettrocardiografica nel paziente politraumatizzato grave:**

- a. E' utile solo in caso di centralizzazione del paziente
- b. Basta la monitorizzazione con il saturimetro
- c. E' necessaria sempre
- d. E' utile solo nei pazienti con anamnesi positiva per problemi cardiaci